

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		

Pflegedienst / Krankenhaus / Heim

Pflegerischer Kurzverlegungsbericht

Versicherungskarte ja nein Telefon d. Patient(in/en):			Pflegekasse: Sonstige Kostenträger:		
Familienstand:		Staatsangehörigkeit:		Religion:	
lebt alleine			lebt zusammen mit:		
Pflegegrad nach SGB XI			keine 1 2 3 4 5 Härtefall		
Sachleistung			Geldleistung		Pflegegrad beantr.
Ansprechpartner/in					
Angehörige			Hausarzt/- ärztin		
Name, Vorname:			Name, Vorname:		
Straße:			Straße:		
Ort:			Ort:		
Telefon/Fax:			Telefon/Fax:		
Gesetzliche(r) Betreuer/in			Pflegedienst/Pflegeeinrichtung		
Name, Vorname:			Name:		
Straße:			Straße:		
Ort:			Ort:		
Telefon/Fax:			Telefon/Fax:		
Aufgabengebiete:					
Pflegeberatungsgespräch			Diagnosen (s. Arztbrief)		
ja nein					
Datum:					
Ergebnis:					
SGB V Leistungen		SGB XI Leistungen		bisherige Medikation: (ggf. Rückseite benutzen)	
				s.Arztbrief Einnahme überw. letzte Einn.:	
Patientenverfügung					
ja nein Aufbewahrungsort:					
Risiken und Infektionen			Sonstige Risiken		
MRSA		HIV		Sturzgefahr	
TBC		andere Infektionen:		andere Risiken:	
Hepatitis A B C					
Besonderheiten					
Herzschrittmacher		Marcumareinnahme		Allergien:	
Schmerzen (Art, Lokalisation, Intensität, Bewältigung):					
Tagespflege					

Name:

Geburtsdatum:

Essen & Trinken						Ausscheidung					
Kostform:	Diät:					selbständige Toilettenbenutzung	ja	nein			
	S	A	U	TÜ	VÜ	Harninkontinenz	ja	nein			
Flüssigkeitsaufnahme ml/Tag:						Blasenverweilkatheter	ja	nein			
Nahrungsaufnahme						liegt seit: suprapubisch transurethral CH					
Mundgerechte Zubereitung						Stuhlinkontinenz	ja	nein			
Schluckstörungen	ja nein					Stuhlregulierung durch:					
Kontrolle der Flüssigkeits-/ Nahrungsaufnahme erforderlich	ja nein										
Ernährungssonde: ja nein	letzter VW:					zuletzt abgeführt am:					
Sondennahrung (Menge und Häufigkeit)						Anus praeter	ja	nein			
						System:					
						Beutel:					
Waschen & Kleiden						Mobilität					
	S	A	U	TÜ	VÜ		S	A	Ü	TÜ	VÜ
Waschen						Sitzen					
Duschen/Baden						Gehen / Stehen					
Kämmen/Rasieren						Bett aufsuchen/verlassen					
Mundhygiene						Umlagern im Bett					
An- und Auskleiden						Bettlägerig	ja	nein			
Hautpflege:						Lagerung:					
Bewusstsein / Kommunikation						Hilfsmittel					
Orientierung:						Brille		Pflegebett			
Muttersprache:						Hörgerät: re li		Anti-Dekubitusmatratze			
Artikulations-/ Sprachstörungen:						Gehhilfe		Art:			
Sonstiges:						Zahnprothese		Rollator			
						oben unten		Toilettenstuhl			
						Dusch-/Badeeinsatz		Toilettenaufsatz			
						Kontinenzversorgung:					
						Sonstige:					
Chronische Wunden											
Wunde vorhanden						ja (siehe Wunderhebungsbogen)			nein		

Legende: S = Selbständig, A = Anleitung, U = Unterstützung, TÜ = Teilweise Übernahme, VÜ = Volle Übernahme

mündliche Übergabe erforderlich ja nein

Empfehlungen/Anmerkungen:

Station / Telefon :

Datum / Unterschrift :

(nach Krankenakte)

Name:

Geburtsdatum:

Wunderhebungsbogen

Wundart:

Grad:

Größe: x cm

Wundversorgung:

Wundtiefe: cm

Sonstiges (Taschenbildung/Auffälligkeiten etc):

Letzter VW:

Lokalisation:

